彦根市立病院　薬剤部 【FAX番号0749－22－6302】御中　　　　　　　　　　　　　　　　 かかりつけ薬局 → 病院

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 科 |  | 先生御机下 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告日： |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報提供元保険薬局

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | FAX番号 |  |
| 所在地 |  | E-mail |  |
| 電話番号 |  | 担当薬剤師 |  |

患者情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 当院患者番号 |  |
| 患者名 |  |
|  | 生年月日 |  | （ |  | 歳） |
| 情報提供に対する患者の同意 |  |  |

情報分類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 　　　　　　　 |

所見

|  |
| --- |
|  |

薬剤師としての提案事項

|  |
| --- |
|  |

＜注意＞本用紙は、「即時性の低い」「情報提供」のみにご利用ください。